

# Kollegiale Visitationen als Methode Reflexiver Professioneller Entwicklung

## Einsatz und Evaluation in der Zahnmedizin

Michael Dick · Franziska Wasian

**Zusammenfassung:** Ausgehend von den Anforderungen und Bedingungen der Tätigkeit freier Professionen wird deren besonderer Bedarf an Reflexion und stetiger Weiterbildung begründet. Abgeleitet aus dem Continuing Professional Development (CPD) ist die Reflexive Professionelle Entwicklung ein geeigneter programmatischer Ansatz dafür. Aus dem noch dünnen Forschungsstand heraus wird begründet, dass die Methode wechselseitiger Visitationen dessen Anforderungen gerecht werden kann. Anhand eines Fallbeispiels aus der Zahnmedizin wird die Methode der kollegialen Visitation illustriert und evaluiert. Die Daten zeigen, welche Bedingungen zu deren Gelingen beitragen: die Einbettung in ein größeres Entwicklungsprogramm, die richtige Zusammensetzung der Partner, eine sorgfältige Vorbereitung sowie Kompetenzen des Feedback Gebens und Nehmens.

**Schlüsselwörter:** CPD · Kollegiale Visitationen · Zahnmedizin · Weiterbildung · Reflexion · Partizipation · Profession

### Mutual visitations as a method of reflexive professional development— Application and evaluation in dentistry

**Abstract:** Regarding the requirements and conditions of professional's work, their particular needs for reflection and continuing education are revealed. Continuing professional development (CPD) is an appropriate approach for this type of reflection. On the background of a rather small body of empirical research, we argue that the method of mutual visitation can fulfil the requirements of CPD. We report a case study about three mutual visitations of dental practitioners in Germany to describe and evaluate their experiences. The data reveal conditions helping to achieve a successful mutual visitation: their embedding in a professional learning program, the right combination of participants, a proper preparation and competencies to give and to take feedback.

**Keywords:** CPD · Mutual visitations · Dentistry · Further education · Reflection · Participation · Profession

---

**Online publiziert:** 11.01.2011

© VS Verlag für Sozialwissenschaften 2010

Prof. Dr. M. Dick (✉) · F. Wasian, M.A.  
Hochschule für Angewandte Psychologie, Fachhochschule Nordwestschweiz,  
Riggenbachstr. 16, 4600 Olten, Switzerland  
E-Mail: michael.dick@fhnw.ch

## 1 Merkmale professioneller Tätigkeit

Im Alltagsverständnis wird unter einer „Profession“ meistens eine besonders ausgeprägte, bedeutsame berufliche Identität verstanden. „Professionalität“ wiederum kann eine besondere Form der Qualität meinen, mit der man eine berufliche Leistung oder einen Kompetenzvorsprung beschreibt, welche den Akteuren im Sinne des Expertentums zugeschrieben werden. Auch die distanzierte Ausübung einer beruflichen Rolle, die persönliche Befangenheit ausblendet, gilt als professionell. Im engeren Sinne beschreibt Professionalität schließlich formale Bedingungen der Ausübung freier Berufe, etwa die lizenzierte und vertraglich geregelte Tätigkeit der Sportlerin, Freiberuflichkeit beim Handwerker, Anwalt oder Arzt, oder auch die Autonomie der Künstler.

Enger umrissen ist das Konzept der „Profession“ in der soziologischen Ausarbeitung. Hier werden eine Reihe von Kriterien genannt, die miteinander erfüllt sein müssen, um von einer Profession sprechen zu können. Zugehörige Berufsgruppen sind für die Gewährleistung gesellschaftlicher Zentralwerte wie Menschenwürde, Gemeinschaft oder Gerechtigkeit verantwortlich. Dazu verfügen sie über eine akademische Sozialisation, in der sie einen spezifischen Wissensbestand erwerben. Sie arbeiten im direkten Kontakt mit und für Menschen, die in zentralen Fragen des Lebens Rat und Hilfe suchen (Klientenbezug). Dies impliziert eine Form der Einzelfallarbeit, die sich nicht standardisieren oder automatisieren lässt. Die Angehörigen einer Berufsgruppe sind organisiert, verfügen über eine vergleichsweise stark ausgeprägte Autonomie, und sie üben ihre Tätigkeit hauptberuflich, oft auch freiberuflich aus (Combe und Helsper 1996; Miege 2003, 2005). Vor diesem begrifflichen Hintergrund ist die Gruppe der Menschen, die man als Professionelle (*professionals*) bezeichnet, nur schwer präzise einzugrenzen, Mediziner und Juristen zählen dazu. Einige neuere Berufe wie die Soziale Arbeit, Erwachsenenbildung oder Physiotherapie entwickeln mit ihrer Akademisierung ein explizites Selbstverständnis als Profession (Nittel 2000; Peters 2005; Bollert et al. 2009). In einer engen Auslegung des soziologischen Professionskonzepts wären diese Berufsgruppen dennoch nicht enthalten, ähnlich wie die Ingenieure, sofern diese keinen Klientenbezug aufweisen und standardisierte Tätigkeiten ausführen (Oevermann 1996, S. 137 f.), was jedoch in der Realität so nicht zutrifft (Ekardt 2003).

Angesichts der unübersichtlichen Vielfalt von Beschäftigungsformen innerhalb einer Berufsgruppe und angesichts dynamischer Entwicklungen ganzer Berufsgruppen ist die Frage, welche Berufsgruppen als Profession gelten sollten, empirisch nicht trennscharf oder abschließend zu klären. Wir möchten stattdessen auf ein typisches Merkmal beruflicher Tätigkeit blicken, das Professionelle von Beschäftigten in Organisationen, egal ob Fach- oder Führungskräfte, unterscheidet. Gemeint ist die besondere persönliche Exponiertheit.

Im Kern geht es in der Arbeit Professioneller um die Wiederherstellung der Autonomie eines Klienten oder Patienten hinsichtlich wichtiger Lebensbedingungen, die ihm die freie Teilhabe am sozialen, ökonomischen und kulturellen Leben ermöglichen (Schütze 1996; Oevermann 2003). Moderne Gesellschaften erheben den expliziten Anspruch, allen ihren Mitgliedern gleiche Chancen dazu zu geben. Daher sind für sie die Professionen von großer Wichtigkeit. Ihre Angehörigen erhalten das Privileg der freien und unabhängigen Berufsausübung und sind so unabhängig von partikularen Interessen. So müssen sie etwa

den Preis ihrer Leistung nicht selbst aushandeln, sondern dieser ist in einer Gebührenordnung festgelegt. Weil sie keine Einzelinteressen verfolgen, können die Klienten Vertrauen in die Arbeit des professionellen Akteurs setzen (Stichweh 1996). Professionelle erhalten ihre Privilegien also nicht aufgrund eines besonderen Wissens oder einer besonderen Fähigkeit, sondern weil die Privilegien die Grundlage für eine helfende Beziehung bilden. Sie dienen dem Klienten, nicht primär dem Professionellen.

Aus dieser Konstellation ergeben sich Besonderheiten professioneller Tätigkeit, von denen zwei hier von besonderem Interesse sind. *Erstens* ist professionelles Handeln *nicht standardisierbar*. Während Verfahren der Diagnose oder der Intervention standardisierbar und damit delegierbar sind, sind deren Kombination und der Zusammenhang zwischen beidem in jedem individuellen Fall neu zu bestimmen. Diese Leistung wird Inferenz genannt und ist die Kernkompetenz der Professionellen, die von niemandem außerhalb der Berufsgruppe ersetzt werden kann (Abbott 1988). *Zweitens* unterliegt professionelles Handeln *Antinomien* (Schütze 1996; Helsper 2004), die sich daraus ergeben, dass das gesellschaftliche System einen Weg finden muss, Krisen zu bewältigen, die seine Funktionen bedrohen. Es bestimmt ein Subsystem zur Bearbeitung, welches aber ein Teil des Gesamtsystems bleibt. Daraus folgt etwa die Paradoxie, dass das Handeln des Professionellen der Wiederherstellung der Autonomie des Klienten dient, dazu aber eine Beziehung aufbaut, in der die Autonomie ungleich verteilt ist. Eine weitere Paradoxie besteht in dem Konflikt um die Berücksichtigung des Einzelfalls in seinen besonderen Konstellationen und der generalisierten Vorgaben aus wissenschaftlich abgesicherten Erkenntnissen, organisatorischen Prozeduren oder rechtlichen Normen.

Sowohl der Umgang mit Paradoxien als auch die Unmöglichkeit der Standardisierung professionellen Handelns lassen die individuelle Entscheidung des Professionellen als Kern der Tätigkeit hervortreten. Da formale Vorgaben das zu bearbeitende Problem nicht lösen, begründet sich seine Lösung auf einen individuell zu verantwortenden Abwägungsprozess. Diese Entscheidung besteht aus drei wesentlichen Komponenten: der bewussten Anwendung des verfügbaren Wissens, der methodisch kontrollierten Rekonstruktion des individuellen Falls sowie einer begründeten Prognose des weiteren Fallverlaufs. Um Entscheidungen begründen und professionelles Handeln vor dem Klienten und vor der Gesellschaft legitimieren zu können, ist nicht nur deren Inhalt, sondern auch der Prozess der Entscheidungsfindung transparent zu machen. Professionelles Handeln erfordert stete Reflexion und Evaluation (Mai 2008). Je stärker unsere Gesellschaft die Ressource Wissen zu ihrer Grundlage macht, je informierter die Klienten und Patienten potenziell sind, desto höher ist die Anforderung an diesen Reflexionsprozess.

Berufsbegleitende Formen des Wissenserwerbs können diesen Anspruch zu erfüllen helfen, insbesondere wenn sie vertieften und systematischen interkollegialen Austausch ermöglichen (Dick 2010). Jenseits der Zunahme fachlichen Wissens, das über Weiterbildung den Weg in die Praxis finden soll, geht es um die reflexive und wertende Handhabung der eigentlichen professionellen Leistung. Da die Autonomie der Profession in ihrer Tätigkeit eine Voraussetzung für die Realisierung ihrer Leistung ist, kann auch die reflexive Bearbeitung dieser Tätigkeit nicht von äußeren Instanzen strukturiert und reguliert werden. Die Weiterentwicklung von Wissensbeständen, Regelwerken und Standards muss als Teil ihrer eigenen Aufgabe verstanden werden, damit sich Integrität und Autonomie einer Profession aus sich heraus weiterentwickeln können. Orientierungspunkte für

diesen Prozess sind das wissenschaftliche Wissen, die berufspraktische Erfahrung sowie die Wertesysteme der Klienten (Dick 2008).

Professionelle haben die Aufgabe, akademisches Wissen unmittelbar in die alltägliche Lebenswelt zu transferieren. Nicht eine arbeitsteilige Organisation akquiriert, erbringt und berechnet Leistungen, die gesamte Leistung ist um die professionelle Person bzw. deren dyadische Beziehung herum zentriert. Dies gilt, obwohl industrielle Tätigkeiten an Freiheitsgraden gewonnen haben und obwohl professionelle Tätigkeiten sich in einem Geflecht aus institutionellen und rechtlichen Rahmenbedingungen abspielen. Ansätze und Methoden lebenslangen Lernens in den Professionen müssen sich folglich daran orientieren, die Unabhängigkeit der Professionellen zu wahren und dabei zu einer konkreten Verbesserung professionellen Handelns beizutragen (Buer 2010). Berufsbegleitende Weiterbildung in ihren unterschiedlichen Formen muss sowohl der Qualitätssicherung im professionellen System als auch der individuellen Entwicklung seiner Akteure dienen.

## 2 Lebenslanges Lernen für Professionelle (Continuing Professional Development)

Veränderung, Entwicklung und Lernen werden zu einem zentralen Aspekt professioneller Tätigkeit, es gilt die Fähigkeit zu stetiger Weiterentwicklung zu erwerben, das Lernen zu lernen (Schön 1983). Dem steht nach wie vor die veraltete Auffassung gegenüber, Lernen sei das Anhäufen eines Wissensvorrats, der zukünftig zur Anwendung komme, wenn sich die Notwendigkeit ergibt. Dieser folgend beschränkte sich medizinische Fortbildung als *Continuing Medical Education* (CME) lange auf die kognitive Ebene der Wissensvermittlung (UEMS 1994). *Continuing Professional Development* (CPD) hingegen zielt auf die Entwicklung von Persönlichkeit, Handlungskompetenz und die Änderung von Verhalten (UEMS 2001). Ethische Einstellungen, Patientenorientierung, Management und Qualitätssicherung sind ebenso obligatorische Themen wie die aktuellen Entwicklungen auf den relevanten Fachgebieten. CPD orientiert sich an subjektiven Bedürfnissen des Arztes und nicht nur am akademischen Fächerkanon. Urologie, Chirurgie, Anästhesie, Pflege, aber auch Schule, Recht und das Bibliothekswesen sind Gebiete, auf denen sich CPD verbreitet (Bailey 2001; Kirkwood und Christie 2006; Gold et al. 2007).

Wir definieren *Continuing Professional Development* als einen über die gesamte Berufstätigkeit fortdauernden Bildungsprozess, der es Professionellen ermöglicht, Standards der medizinischen Berufsausübung zu gewährleisten und zu verbessern, indem sie ihr Wissen, ihre Fähigkeiten, ihre Einstellungen und ihr Verhalten entwickeln (nach Starke und Wade 2005; Bubb und Earley 2007; Walther und Dick 2007).

Wie aber und unter welchen Bedingungen ändert sich Verhalten? Wie sieht eine Fortbildung konkret aus, die sich auf das Verhalten des einzelnen Professionellen auswirkt? Kognitiv erworbenes Wissen erweist sich oft als träge (Renkl 1996). Routinen lassen sich aber hinterfragen, wenn sie gemeinsam mit Kolleg/innen erkannt, reflektiert und bewertet werden. Werden die eigenen beruflichen Erfahrungen hierbei als wertvolle Quelle anerkannt und wertgeschätzt, können die Veränderungen selbst herbeigeführt werden. Bei einem Programm für Allgemeinmediziner erwiesen sich der interkollegiale Austausch, die Möglichkeit, Themen selbst zu wählen, und die Gelegenheit zur selbstkritischen Reflexion aus Teilnehmersicht als wirksam (Herrmann et al. 2003). Die Kombination individu-

eller und kollegialer Beratungsformen erwies sich in der Burnout-Prävention als wirksam (Brake et al. 2001; Tietze 2010). Dieser Transfer kann unterstützt werden, indem das Praxisumfeld in die Fortbildung mit einbezogen wird, etwa durch Teambesprechungen oder Klienten- und Patientenbefragungen (Nadj-Papp 2006). Eine Überblicksstudie über Programme, die auf Verhaltensänderungen in eng umrissenen Bereichen abzielten, zeigte, dass kleine Lerngruppen und Praxisbesuche der Instrukturen förderlich sind. Auch die Erhebung von Bedürfnissen der Lernenden vorab und methodische Vielfalt sind Bedingungen für verhaltenswirksame Fortbildung (Thomas et al. 2006). Diese Bedingungen, besonders die Einbeziehung der Praxis und der informelle Austausch sind in der Methode der Visitation gegeben.

Zusammenfassend bietet CPD einen Rahmen, der Lernenden Autonomie lässt und die Verantwortung für den Lernprozess zwischen Lehrendem und Lernendem teilt. CPD nimmt die praktische Berufserfahrung auf und implementiert einen stetigen Kreislauf aus Handeln und Reflexion in die berufliche Tätigkeit.

### 3 Kollegiale Visitationen – sinnvolles Miteinander statt Inspektion

Kollegiale Visitationen sind von Praxisbegehungen und Visitationen im Rahmen von Qualitätssicherungs- und Zertifizierungsverfahren zu unterscheiden, bei denen es um die vorstrukturierte Überprüfung von Standards vor allem der Praxisausstattung und Arbeitsorganisation geht. Sie konzentrieren sich stärker auf die Person und das konkrete Verhalten der Beteiligten. Zahnmediziner/innen, die normalerweise keine Rückmeldungen zu ihrer Tätigkeit empfangen, verlassen für einen bestimmten Zeitraum ihre Praxisräume, um eine andere Zahnarztpraxis zu besuchen. Dieser zeitweilige Wechsel des Beobachtungsstandpunkts hilft, Sichtweisen auf bestimmte Situationen und damit neue Handlungsansätze für das eigene berufliche Handeln zu schaffen, die ihren Ausdruck in Einstellungs- und Verhaltensänderungen finden können. Intendiert sind Vergleiche des Praxisalltags, die die Spiegelung von Handlungsweisen und Routinen ermöglichen. Die Begegnung zwischen den Zahnmediziner/innen soll sich als professioneller Dialog vollziehen, nicht als Inspektion im Sinne einer Fehlersuche.

Auch (Selbst-)Evaluationsverfahren zielen auf die Überprüfung und Bewertung der eigenen Person und ihres Handelns (Heiner 1988; Behrmann 2003; Hartz und Meisel 2004). Ihnen fehlt jedoch die Rückspiegelung des Verhaltens durch den Kollegen/die Kollegin, mit dem oder der man sich identifizieren kann. Der Blick der signifikanten Anderen wird als dem eigenen gleichwertig anerkannt, er ist so glaubwürdig, als sehe man sich selbst. Umgekehrt sieht die Beobachtende im Handeln des Anderen sich selbst. Dieser doppelte Perspektivenwechsel ist eine Besonderheit der kollegialen Visitation.

Das Konzept ähnelt dem der *Intervision* oder *kollegialen Beratung* (Hendriksen 2000; Tietze 2003; Herwig-Lempp 2004; Schlee 2004; Lippmann 2004): Dieser geht es um einen interkollegialen Austausch im Sinne des Nachdenkens über das eigene Tun. Hier stehen konkrete Problemlagen oder Fälle und deren Lösung durch Gleichrangige im Vordergrund. Wesentliches Medium ist dabei die Sprache, weniger die Beobachtung. Wechselseitige Reflexionen des gesamten Arbeitsalltags sind nicht Gegenstand der kollegialen Beratung. Dies trifft ebenso auf die Balintgruppenarbeit (Balint 1976) zu, die die Arzt-

Patienten-Beziehung in der kollegialen Gruppe reflektiert und analysiert. Im Zentrum dieses Prozesses steht die Arzt-Patientenbeziehung mit ihren wechselseitigen Übertragungsmechanismen, die entlang von Fallrekonstruktionen in der Gruppe reflektiert werden, um herauszufinden, wie der Arzt am besten heilend oder helfend wirken kann.

Besuche und Beobachtungen sind auch kennzeichnend für wechselseitige Hospitationen, wie sie Waibel und Endres (1999) durchgeführt und evaluiert haben. Hier ging es darum, den Wissenstransfer zwischen sozialen Einrichtungen und Wirtschaftsunternehmen als Win-Win-Situation zu gestalten. Der Perspektivwechsel, den die Teilnehmenden dabei über verschiedene Domänen vollziehen, ist komplexer. Der Transfereffekt muss durch Aufgaben und Reflexionshilfen unterstützt werden.

Die kollegiale Visitation geht hinsichtlich der Einbeziehung der gesamten Persönlichkeit über die meisten anderen Ansätze der selbstorganisierten autonomen Reflexion und des CPD hinaus. Die Teilnehmer/innen können sich ihres professionellen Selbsts vergewissern und dadurch Lern- und Entwicklungsprozesse auslösen. Herausforderungen wird nicht nur anpassend begegnet, sondern Veränderungen werden von den Akteuren selbst initiiert. Diese ganzheitliche, unmittelbare und unverfälschte Fremd- und Selbstbeobachtung ist ein neuer und eigenständiger Ansatz innerhalb des methodischen Kanons der CPD (Cunningham et al. 2004; Bubbs und Earley 2007). Bevor jedoch ein solches Verfahren auf gesicherter Basis beschrieben und empfohlen werden kann, bedarf es der empirischen Prüfung hinsichtlich seiner Durchführbarkeit, seiner Wirksamkeit sowie von Risiken, die mit den wechselseitigen Besuchen verknüpft sein können. Die folgende explorative Studie stellt hierzu einen ersten Schritt dar.

#### 4 Fallbeispiel „Integrated Practice in Dentistry“

Ein konkretes Beispiel für CPD ist der berufsbegleitende Masterstudiengang *Integrated Practice in Dentistry* (Akademie für zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe und Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg; Dick et al. 2007). In dessen Modul „Interkollegiale Qualitätsförderung“ geht es darum, die Professionellen miteinander ins Gespräch zu bringen, um ihre beruflichen Erfahrungen und ihren Wissenshintergrund zu aktivieren. Die Lernziele dieses Moduls sind:

- die Integration persönlicher und akademischer Entwicklung,
- der Erwerb von Methodenkompetenz in Führung, Moderation, Kooperation und Beratung,
- das Spiegeln eigener Routinen im Lichte der Praxis Anderer,
- die Stärkung von Sicherheit und Autonomie durch Konsensualisierung erfahrungsbasierter Praxislösungen.

In diesem Modul werden neben den in der Medizin verbreiteten Qualitätszirkeln (Bahrs und Andres 2001) auch *Persönliche Entwicklungsprojekte (PEP)* implementiert. Dies sind Vorhaben, in denen Praktiker auf die Veränderung bestimmter Aspekte ihrer professionellen Tätigkeit zielen. Die Themen der Projekte sind selbst gewählt und haben in der Regel einen persönlichen Bezug. Die Methodik zur Durchführung der Projekte entspricht dem Vorgehen in einem Qualitätskreislauf. Anhand konkreter Indikatoren wird



der unbefriedigende Ist-Zustand systematisch abgebildet, anschließend werden Ursachen und Lösungsmöglichkeiten für das Problem gesucht. Die Umsetzung von Maßnahmen wird dokumentiert, das Ergebnis durch eine erneute Erhebung der Indikatoren sichtbar gemacht. Die Besonderheit bei diesen Projekten besteht darin, dass Kollegen sich bei der Durchführung ihrer Praxisprojekte gegenseitig unterstützen.

Eine wichtige Rolle in diesen Projekten spielen wechselseitige Visitationen. Zwei Zahnärzte/innen besuchen sich gegenseitig und beobachten dabei den vollständigen alltäglichen Praxisablauf. Sie protokollieren ihre Beobachtungen und geben sich gegenseitiges Feedback. Die persönliche Entwicklungsaufgabe kann, aber muss dabei nicht thematisiert werden.

Abgesehen von einigen Erfahrungsberichten (Franz und Kopp 2003; Hinz 2008) ist das Konzept der kollegialen Beratung/Intervision bislang wenig empirisch untersucht; so ist über die Verbreitung, die Implementierung oder die Wirksamkeit bislang nicht systematisch geforscht worden (Kühl 2008). Eine soeben erschienene Studie kann keine Effekte der kollegialen Beratung auf Handlungskompetenzen nachweisen (Tietze 2010). In dieser Studie gehen wir der Frage nach, ob und wie Visitationen wirken, ob und wie sie zu Verhaltens- und Einstellungsänderungen führen und welche Bedingungen zu einer wechselseitig bereichernden Visitationserfahrung beitragen. Die Ergebnisse sollen nach Möglichkeit in einen Leitfaden überführt werden. Hierfür wurden kollegiale Visitationen in einer offenen Befragung der Beteiligten retrospektiv evaluiert.

## 5 Untersuchung und Methode

Ziel der Studie ist, das Potenzial und die Risiken kollegialer Visitationen unter Zahnmediziner/innen für deren Lern- und Entwicklungsprozesse aufzuzeigen. Die Besuche vollziehen sich selbstorganisiert und ohne direkte Unterstützung von Instruktoren. Diese sind lediglich bei der Anbahnung der Visitationen und zur Vermittlung von Leitlinien und Regeln vorab wirksam. Die Frage ist, ob trotz dieser fehlenden Unterstützung im Visitationsprozess ein Effekt eintritt, der über soziale Komponenten hinaus auch fachliche Relevanz hat und dadurch letztlich zur Verbesserung der professionellen Leistung beiträgt.

Im Rahmen des oben beschriebenen Moduls des Masterstudiengangs „Integrated Practice in Dentistry“ wurden unter kontrollierten Bedingungen und der Supervision des Kursleiters interkollegiale Visitationen durchgeführt. Die Idee war im Rahmen einer Seminarveranstaltung entstanden, in der verschiedene Varianten der interkollegialen Beratung diskutiert wurden. Zwei Teilnehmer des Moduls berichteten, sie hätten sich im Rahmen des Studiengangs angefreundet und gegenseitig in ihrer Praxis besucht. Das Interesse sei dadurch entstanden, dass beide ein ähnliches Alter hätten, eine ähnliche Lebenssituation, und eine in Größe und Ausrichtung vergleichbare Praxis besäßen. Aus ihrer Darstellung ergab sich, dass beide von diesen Besuchen im Sinne der Lernziele des Moduls profitiert hatten (Ehresmann und Schröder 2006). In weiteren Kursen wurden ähnliche personelle Konstellationen genutzt, um weitere wechselseitige Besuche anzuregen. Inzwischen haben in fünf Jahrgängen interkollegiale Visitationen stattgefunden, von denen insgesamt drei evaluiert wurden.

Die teilnehmenden Zahnärzte haben ihren Wohn- und Praxissitz in Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt, verfügen über eine langjährige Berufserfahrung und sind in Einzel- und Gemeinschaftspraxen niedergelassen. Ein befragtes Visitationspaar bestand aus zwei Männern, eines aus zwei Frauen und eines war geschlechtlich gemischt. Während zwei Paare sich während der Arbeitszeit besuchten, verlagerte ein Visitationspaar die Besuche auf die Zeit außerhalb der Sprechstunde.

Die Evaluation sollte die Visitationserfahrungen aus der Alltagsperspektive der Zahnmediziner/innen heraus aufnehmen, um die Methode in ihrer konkreten Ausprägung und ihren Konsequenzen zu bewerten. Dazu wurden themenzentrierte Interviews (Lamnek 2005) mit den Beteiligten in deren Praxis durchgeführt. Die Interviews folgten einer zweigeteilten Struktur. Eine offene Narration gab zunächst die Möglichkeit, die Erlebnisse während der Visitationen ausführlich und entlang der subjektiven Relevanzen zu schildern. Darauf aufbauend erfolgte eine chronologische Rekonstruktion des Visitationsprozesses vom Beginn bis zum Ende. Die Leitfragen sollten die Bedingungen aufdecken, die während der Besuche entweder als förderlich oder als hinderlich wahrgenommen wurden. Insgesamt wurde so ein umfassender Einblick in das Vorgehen der Zahnmediziner/innen während der Visitationen ermöglicht. Die Auswertung erfolgte auf Basis einer Inhaltsanalyse.

Die Ergebnisse werden entlang des zeitlichen Ablaufs der Visitationen über verschiedene Phasen dargestellt. Wir wählen dazu die Form eines methodischen Leitfadens, der die Methode in ihren Grundzügen darstellt, entscheidende Kern- und Ansatzpunkte sowie Risiken skizziert und einen Überblick über organisatorische und technische Rahmenbedingungen gibt.

## **6 Von der Reflexion zur Verhaltensänderung – Dokumentation der Visitationen**

Zunächst werden die Effekte der Visitationen aus der Sicht der Beteiligten zusammengefasst, anschließend wird der Leitfaden dargestellt.

### **6.1 Zur Wirksamkeit von Visitationen**

Kollegiale Visitationen erfordern zusätzliches Engagement über die Arbeitszeit hinaus. Dennoch werten alle Beteiligten die Besuche als positive Erfahrung und Bereicherung.

Der Perspektivenwechsel stößt Reflexionsprozesse an, die Lernprozesse initiieren und Verhaltens- und Einstellungsänderungen nach sich ziehen. Selbst in dem Fall, dass die Visitationen außerhalb der Sprechstunde stattfanden, bewirkte der interkollegiale Austausch Veränderungen: Es werden „viele Sachen auf[gezeigt], die man nutzen kann für die eigene Praxis (...), manchmal auch Negatives, was man lieber nicht tun sollte.“ Die Veränderungen in fachlicher Sicht betreffen Behandlungsmethoden bzw. Therapiewahl. Ansatzpunkte stellten in den Visitationen z. B. Techniken zur Linderung von Angst bei Patienten dar. Die wechselseitigen Besuche bewirkten auch ein Umdenken in der Interaktion mit den Patienten: „Ich denke schon, dass ich seitdem (...) dem Menschen, dem Patienten mehr Raum lasse, nachzufragen“, konstatiert eine Zahnärztin, nachdem sie von der Visitorin auf ihren autoritären Kommunikationsstil aufmerksam gemacht wurde.



Auch der ökonomische Aspekt der Praxisführung wurde reflektiert. So werden Veränderungen im Bereich des Marketings berichtet, „was ich seit damals tue, ist offensiver und direkter Leistungen anbieten“, oder „ich biete immer auch die teuersten Therapievarianten an, die ich auch favorisiere, das habe ich mir wirklich zu Herzen genommen.“ Dies bedeutet für den Zahnarzt eine Erweiterung seines Leistungsspektrums und eine größere Klarheit hinsichtlich der betriebswirtschaftlichen Bedeutung seines Handelns.

Optimierungsbedarf wurde auch am eigenen Führungsverhalten erkannt, und dieses wurde als unmittelbare Folge der Visitation modifiziert. Ergebnis ist ein Führungsstil, der sich durch regelmäßige „Teambesprechungen“, „klarere Anweisungen“ und Veränderungen in der Personalstruktur kennzeichnet. Das Beobachten fremder Organisationsabläufe, Arbeitsweisen und konträrer Praxisstrukturen offenbart „andere Möglichkeiten, den Praxisalltag zu gestalten“.

Nicht zuletzt zeigt sich die Wirksamkeit von Visitationen in Einstellungsveränderungen, die das Bewusstsein für den eigenen Beruf betreffen, in dem „man professioneller geworden“ ist, was nicht nur eine Weiterentwicklung der eigenen Professionalität ist, sondern Auswirkungen auf die Wahrnehmung der Profession insgesamt hat.

Reflexion heißt nicht automatisch Änderung von Verhalten. Die direkte Einbettung der beim Kollegen/der Kollegin beobachteten Verhaltensweisen und -alternativen in deren Praxisalltag bewirkt, dass Veränderungen nicht einfach übernommen werden, sondern zunächst auf ihre Angemessenheit im eigenen Kontext hin geprüft werden. So wird der Gefahr vorgebeugt, dass Verhaltensweisen sich kontraproduktiv auswirken: „Ich könnte jetzt nicht jeden Patienten so mitreden lassen, wie sie das macht, (...) die kommen wohl auch zu mir, weil ich sage, so wird's gemacht“. Andere Gründe, Verhalten nicht zu ändern, sind Routinen, denn „man merkt auch sehr schnell, was ich zehn Jahre gemacht habe, kann ich nicht in einem Jahr umkrempeln“. Schließlich wird auch berichtet, dass Kritik an der eigenen Person sowie an alltäglichen Handlungsmustern teilweise als schmerzhaft empfunden wurde.

Insgesamt also ergeben die Visitationen eine Fülle von Anregungen zur Anpassung, Veränderung und Erweiterung des eigenen professionellen Handelns. Damit diese wirksam werden können, sind allerdings mehrere Transformationsschritte erforderlich: Zunächst geht es um die emotionale Verarbeitung neuer Eindrücke, die durch Feedbackregeln unterstützt werden kann und sollte. Dann wird geprüft, ob ein neues, verändertes Verhalten in das Gesamtsystem passt oder ggf. unerwünschte Nebenfolgen haben könnte. Schließlich müssen zur Implementierung bestehende Routinen überwunden werden, was zusätzliche Zeit und Mühe kostet.

## 6.2 Mittlerinstanz und Vertrauen als Voraussetzungen kollegialer Visitationen

Wichtig für das Zustandekommen waren neben ähnlichen Interessenslagen und Lebenssituationen eine annähernd gleiche Berufserfahrung sowie das berufsbegleitende Studium, das einen gemeinsamen und Vertrauen fördernden Rahmen schafft. Alle teilnehmenden Zahnärzte sind erst im Rahmen des Masterstudiengangs *Integrated Practice in Dentistry* mit dieser Form der autonomen, selbstorganisierten Reflexion in Berührung gekommen. Erfahrungen mit Hospitationen waren zwar vorhanden, diese Besuche waren jedoch einseitig ausgerichtet. Das Studium setzte Impulse, die das Bedürfnis wecken, unterschied-

liche Praxisstrukturen und Arbeitsweisen zu vergleichen. Der Kursleiter fungiert als Mittlerinstanz, indem er Kontakte zwischen den Beteiligten anregt und erste Anreize für Visitationen schafft: „Selbst hätten wir es ja nie organisiert, (...) du kommst einfach zusammen. Die knüpfen die Kontakte“, fasst eine Zahnärztin zusammen. Wesentlich ist jedoch, dass die Durchführung kollegialer Visitationen trotz Mittlerinstanz auf persönlichem Interesse und eigenen Bedürfnissen der Teilnehmer basiert und nicht angeordnet werden kann. Gegenseitiges Vertrauen untereinander, verbunden mit der entsprechenden Achtung und Anerkennung der Visitationspartnerin sowie dessen Arbeit bilden die Basis für die Besuche und sichern deren Fortbestand. Nur so ist es möglich, Skepsis und Ängste der Zahnärzt/innen gegenüber dem Visitationsgeschehen im Vorfeld einzudämmen. Denn als „Einzelkämpfer“ erhalten sie im Normalfall kein Feedback auf ihr berufliches Handeln.

### 6.3 Planung und Durchführung der kollegialen Visitation

Damit interkollegiale Visitationen als wechselseitig bereichernde Erfahrungen wahrgenommen werden, einen persönlichen Gewinn bedeuten und zur Professionalisierung beitragen, bedarf es Regeln und Strukturen zu deren Organisation, dies machen alle Befragten deutlich. Absprachen, die auf Beobachtungsinhalte abzielen, sind dagegen nicht notwendig, sodass Visitationen ein offenes Lernfeld für alle Beteiligten darstellen.

#### *Hauptzielgruppe ist die niedergelassene Einzelpraxis*

Während Gemeinschaftspraxen allein durch ihre Organisationsform Möglichkeiten des interkollegialen Austauschs bieten, sind in Einzelpraxen Falldiskussionen, gegenseitige Beratung sowie Hilfestellung nicht gegeben. Insofern stellen Einzelpraxen die Hauptzielgruppe für wechselseitige Visitationen dar. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Tätigkeit schon über viele Jahre ausgeübt wird, Arbeitsabläufe und Verhaltensmuster dementsprechend habitualisiert, im Laufe der Jahre jedoch nicht mehr reflektiert werden. Da interkollegiale Visitationen wechselseitige Akzeptanz und Vertrauen voraussetzen, eignet sich diese Methode besonders für altershomogene Gruppen, die über einen annähernd gleichen Erfahrungshintergrund und damit über ähnliche Entwicklungsaufgaben und -perspektiven verfügen. „Es dürfte interessant sein bei Kollegen, die Fuß gefasst haben, die gleichaltrig sind, die mittendrin stehen und sagen, wie kann man da noch einen Kick an Effizienz dazu gewinnen“, schildert ein Teilnehmer seine Eindrücke. Ein ähnlicher Erfahrungsschatz und vergleichbare Erlebnisse mindern die Hemmschwelle, auch Unsicherheiten zu äußern, und wecken Verständnisbereitschaft. Die Erwartungen des Gegenübers lassen sich leichter antizipieren, wenn man sich nicht in eine andere Alters- und Entwicklungsstufe hineinversetzen muss.

#### *Organisatorische Vorbereitung*

Haben sich zwei Visitationspartner/innen gefunden, sind einige Absprachen erforderlich, die den organisatorischen Rahmen der interkollegialen Visitationen betreffen. Vereinbarungen, die im Vorfeld getroffen werden, ermöglichen für alle Beteiligten verbindliche Rahmenbedingungen, die sich günstig auf das Visitationsgeschehen auswirken. Zeitpunkt und Dauer der Visitationen sollten so gewählt sein, dass Arbeitsabläufe und Praxisalltag

auch tatsächlich beobachtbar sind, anschließende Falldiskussionen möglich sind und ferner genügend Raum für eine gemeinsame intensive Auswertung bleibt. Trotz finanzieller Einbußen und teils hohen Reise- und Nebenkosten werden Visitationen von einem Tag bis zu einer Woche als günstig eingeschätzt, da in dieser Zeit das gesamte Behandlungsspektrum wahrgenommen werden kann.

Für einen hohen Ertrag der Besuche sollten vertraute Abläufe beibehalten und das Behandlungsspektrum möglichst nicht verzerrt werden. In diesem Zusammenhang sollten Kleinigkeiten berücksichtigt werden, wie die Frage der Vorstellung des Besuchers im Team, der Rundgang durch die Praxis vor oder während der Behandlungszeit, Möglichkeiten des Rückzugs zwischendurch oder auch die Frage der Kleidung. Die Vereinbarungen sollen sicherstellen, dass Praxisstrukturen und alltägliche Arbeitsabläufe so wenig wie möglich beeinflusst werden.

Im Vorfeld ist zu klären, wie die Patienten über das Visitationsgeschehen informiert und ggf. involviert werden. Ganz entscheidend ist, dass der Besuchende sich nicht in die Behandlung einmischt. Dies geschah in einem Fall, als die Behandelnde das Behandlungszimmer kurz verließ und der Besucher ein Gespräch mit dem Patienten begann. Dieser Vorfall ohne vorhergehende Absprache rief Irritationen und Unsicherheiten sowohl bei der behandelnden Ärztin als auch beim Patienten hervor.

#### *Beobachtungsinhalte: A wie Atmosphäre – Z wie Zahnersatz*

Visitationen bieten eine Vielfalt an Beobachtungsmöglichkeiten, die Einblicke in verschiedene Arbeitsweisen und die Praxisführung gewährleisten. Was tatsächlich wahrgenommen wird, hängt in erster Linie von den Neigungen und Interessen der Teilnehmenden ab. Insofern sind vorhergehende Absprachen, die eingrenzen, was beobachtet werden soll, nicht notwendig (aber dennoch möglich). Zunächst steht die Praxis als Ganzes im Vordergrund der Beobachtung. Wahrgenommen werden Lage, Eingang, Größe und Zuschnitt der Praxis, Einrichtung, Schmuck und Ambiente sowie die technische und personelle Ausstattung. Visitationen ermöglichen dann Einblicke in Organisation und Atmosphäre des Praxisalltags. Dazu gehören das Informations- und Behandlungsangebot, das praxisinterne Marketing, hygienische Standards sowie Pflege und Wartung, Aufgaben des Personals und verwaltungstechnische Aspekte (Terminvergabe, Wartezeit etc.).

Das Erfassen von Arbeits- und Verhaltensweisen rückt als nächstes in den Fokus der Besuche. In den Vordergrund treten nun die Mitarbeiter- und Praxisführung, Hierarchien und Kompetenzen des Personals, die Bewältigung von Stresssituationen, der Umgang z.B. mit Angstpatienten sowie insgesamt die interne und externe Kommunikation und Interaktion. Auch nonverbale Kommunikation im Team und den Patienten gegenüber wird beobachtet. Gestik, Mimik, Körperhaltung, Blickkontakt, Ansprechhaltung, Verständlichkeit der Sprache, Intonation, Mitspracherecht und Reaktionen des Patienten gehören dazu. Werden einem die eigenen nonverbalen Kommunikationsschemata von Kolleg/innen vor Augen geführt, fällt es leichter, diese an sich selbst zu erkennen und in der Folge bewusster einzusetzen und ggf. zu verändern. In den Vier-Augen-Gesprächen zwischen den beiden Visitanten wurden in den untersuchten Fällen neben dem Feedback auch die betriebswirtschaftlichen Aspekte der Zahnarztpraxis offen einbezogen.

## 6.4 Feedback und Ergebnissicherung

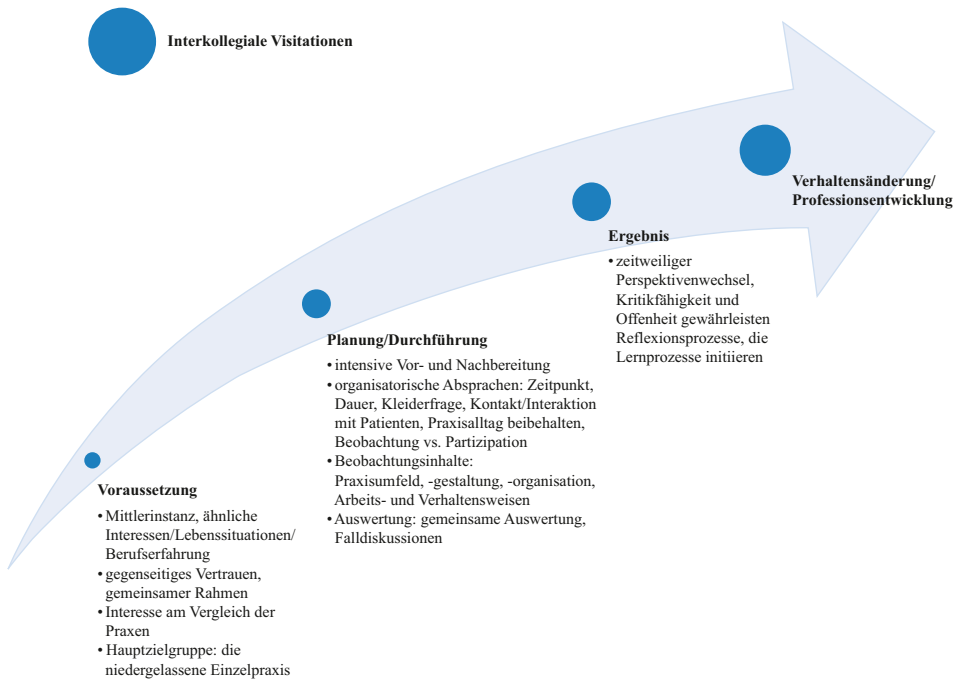
Als Bausteine einer wechselseitig bereichernden Visitationserfahrung können die Bereitschaft zum Perspektivenwechsel, Feedback- und Kritikfähigkeit gelten – sie sichern das Resultat der Visitation ab. Eingefahrene Handlungsweisen, Arbeitsabläufe und Verhaltensmuster mit Hilfe der Visitation zu reflektieren und zu verändern, setzt die Fähigkeit voraus, Distanz und neue Blickwinkel auf das eigene Tun einzunehmen. Dies erfordert neben dem Wunsch nach Optimierung von Arbeitsabläufen auch Mut und Offenheit der Zahnmediziner/innen. Sie machen es möglich, vertraute Pfade zu verlassen, gewohnte Routinen zu überdenken, andere Behandlungsmethoden und Sichtweisen zu akzeptieren und einzelne Aspekte des als neu Wahrgenommenen in den Praxisalltag zu implementieren.

Kritik kann teilweise als schmerzhaft erlebt werden. Damit das Selbstwertgefühl der Beteiligten nicht beschädigt wird, ist eine Atmosphäre der gegenseitigen Wertschätzung notwendig. Sie besteht in dem Bewusstsein der eigenen Fähigkeiten und Qualitäten sowie dem Respekt, der Achtung und Anerkennung der Arbeit des/der Anderen, „ohne da jetzt immer Angst zu haben, dass der eine sagt, was machst du für’n Scheiß.“ Die genaueste Beachtung der Feedbackregeln wird nicht helfen, wenn der Feedback Gebende keine wertschätzende Grundhaltung dem anderen gegenüber hat. Wird diese gegenseitige Wertschätzung von beiden Visitanten geteilt, dann kann umgekehrt auch eine zwischendurch unachtsam dahin geworfene Bemerkung produktiv verarbeitet werden.

Der Aufbau gegenseitigen Vertrauens hilft, mögliche mit der Visitation einhergehende Ängste einzudämmen und Arbeitsweisen offen zu legen. Dennoch wird eine gewisse persönliche Distanz zwischen den Beteiligten als sinnvoll empfunden, da nur diese kritische Perspektiven gewährleistet. Die Bereitschaft, Kritik zuzulassen, hängt auch von den Standorten der Praxen ab. Räumliche Nähe wird als ungünstig eingeschätzt, da Konkurrenzgedanken bei Visitationen auf lokaler Ebene in ihrer Intensität noch verstärkt werden und die notwendige Offenheit gegenüber dem Geschehen nicht gegeben ist. Insofern ist es von Vorteil, bereits in der Planung Visitationsstandorte zu berücksichtigen, um mögliche Konkurrenz auszuschließen. Inwiefern ähnliche Praxisstrukturen, ein sich ähnelndes Praxisumfeld und eine vergleichbare Patientenschaft nötig sind, ist individuell zu klären. Grundsätzlich gilt: Ähnlichkeiten schaffen Anknüpfungspunkte, Kontraste erleichtern Entdeckungen.

## 6.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Fokus kollegialer Visitationen steht die persönliche und berufliche Weiterentwicklung der professionellen Akteure. Entscheidend ist, dass diese Entwicklung von den Beteiligten selbstbestimmt und selbstorganisiert gestaltet wird. Unter diesen Bedingungen werden Lernprozesse angeregt, die gewohnte Einstellungen, Abläufe und Handlungsweisen überdenken und verändern können. Dies erfordert die Auseinandersetzung mit der eigenen Person, Stärken und Schwächen und bisher fremden Ansichten und Einsichten im beruflichen Kontext. Der Praxisalltag wird an Ort und Stelle beobachtet und beurteilt, was den Transfer der Anregungen auf die konkrete Situation erleichtert, aber auch vor dem Risiko



**Abb. 1:** Methodischer Leitfaden für interkollegiale Visitationen: Überblick über organisatorische und abwicklungstechnische Rahmendingungen

bewahrt, Verhaltensweisen zu übernehmen, die im eigenen Kontext möglicherweise dysfunktional wären. Die dabei zu beachtenden Regeln sind in Abb. 1 zusammengefasst.

Wechselseitige Visitationen stellen immer einen Eingriff in den normalen Praxisalltag dar. Im Vorfeld getroffene verbindliche Regeln und Absprachen dämmen dieses Risikopotenzial ein, sodass der Nutzen kollegialer Visitationen klar überwiegt. Ein vorheriger Austausch wechselseitiger Erwartungen mindert Risiken zusätzlich. Hilfreich ist außerdem die Einbettung in eine kontinuierliche und verbindliche Form der gemeinsamen Fortbildung, in der Gruppen über eine Zeit von mindestens einem, besser zwei oder mehr Jahren zusammenbleiben.

## 7 Bewertung und Ausblick

Die Evaluation auf der Basis von drei Einzelfällen bestätigt das Potenzial kollegialer Visitationen. Sie werden den Ansprüchen der reflexiven professionellen Entwicklung (CPD) gerecht, die in den ersten beiden Abschnitten des Beitrags dargestellt wurden. Wenn sie in das Curriculum eines postgradualen Studiengangs eingebettet werden, verschränken sie Wissenschaft, Fortbildung und Praxis miteinander. Sie orientieren sich an den Bedürfnissen und Entwicklungszielen des Lernenden und zielen neben Wissen auch auf Verhalten und Persönlichkeit. Sie lassen den Lernenden ihre Autonomie und verla-

gern Verantwortung für ihren Lernprozess vom Lehrenden auf den Lernenden. Die berufliche Erfahrung der Beteiligten wird nicht nur anerkannt, sondern kann sich produktiv, direkt und im informellen Austausch entfalten. Visitationen umfassen vielfältige Aspekte professionellen Handelns: Neben der helfenden Tätigkeit werden vor allem Organisation und Administration sowie Führung und Kommunikation betrachtet. Auch die Integration von Arbeit und Leben gerät ins Blickfeld. Eher am Rande, aber nicht ausgeschlossen sind Aspekte der gesellschaftlichen Rolle und Verantwortung. Sie gehen weit über die kognitive Wissensvermittlung im Sinne klassischer Fort- und Weiterbildung hinaus und stellen die Aneignungsperspektive an die Stelle der Vermittlungsperspektive. Wenn Visitationen aus einer solchen Initiierung heraus verstetigt werden, dann kann ein selbstverstärkender Kreislauf aus Handeln und Reflexion in die berufliche Tätigkeit implementiert werden.

Gefahren bestehen vor allem dort, wo Eingriffe in die behandlerische Autonomie der Visitanten vorgenommen werden. Der Kontakt des Besuchenden mit den Patienten sollte auf Small Talk begrenzt werden und im Behandlungszimmer vollständig unterbleiben. Limitationen bestehen vor allem dort, wo es den Visitanten nicht autonom gelingt, die Relevanz einer neuen Option einzuschätzen oder neue Handlungsmöglichkeiten angesichts eingefahrener Routinen umzusetzen. Hierbei kann eine Wiederholung der Visitation helfen, insbesondere wenn Ziele der Visitanten/Visitantinnen wechselseitig vereinbart und überprüft werden.

Um das Potenzial der Visitationen nachhaltig und sicher zu entfalten, bedarf es allerdings einer weiteren empirischen Konsolidierung der Methode. Notwendig dazu wäre eine Durchführung und Evaluation von Visitationen in breiterem Umfang, sowohl in der Zahnmedizin als auch in anderen medizinischen Fachrichtungen (Allgemeinmedizin). So können weitere mögliche Wirkungen und Risiken erkannt werden. Dabei sollten Bedingungen, wie z. B. Erfahrungshintergrund, Grad der Vorstrukturierung, Charakter der Praxis, systematisch variiert werden. Inwieweit die Methode der Visitation an Effizienz noch steigerbar ist, indem sich reine Beobachtung auf gemeinsame Fallbesprechungen oder den Vergleich konkreter Qualitätsindikatoren ausweitet, ist eine weitere offene Frage. Schließlich liegt es nahe, zu fragen, auf welche Art und Weise neben dem Zahnarzt auch das Praxispersonal an wechselseitigen Visitationen teilhaben und profitieren kann.

## Literatur

- Abbott, A. D. (1988). *The system of professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bahrs, O., & Andres, E. (2001). *Ärztliche Qualitätszirkel: Leitfaden für den Arzt in Praxis und Klinik*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bailey, K. M. (2001). *Pursuing professional development: The self as source*. Boston: Heinle & Heinle.
- Balint, M. (1976). *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit* (8. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Behrmann, D. (2003). Evaluation im Zuge selbstgesteuerter Lern- und Entwicklungsprozesse von Personen und Organisationen. In D. Behrmann & B. Schwarz (Hrsg.), *Selbstgesteuertes lebenslanges Lernen. Herausforderungen an die Weiterbildungsorganisation* (S. 231–258). Bielefeld: Bertelsmann.
- Bollert, G., Dick, M., Geuter, G., Klemme, B., Schmidt, W., & Walkenhorst, U. (2009). Bezugswissenschaften der Physiotherapie: Pädagogik und Psychologie. *Physioscience*, 5(3), 124–132.



- Brake, H., Gorter, R., Hoogstraten, J., & Eijkman, M. (2001). Burnout intervention among Dutch dentists: Long-term effects. *European Journal of Oral Sciences*, 109(6), 380–387.
- Bubb, S., & Earley, P. (2007). *Leading and managing continuing professional development* (2. Aufl.). London: Paul Chapman.
- Buer, F. (2010). Gefährdet Organisation Profession? In A. Schreyögg & C. Schmidt-Lellek (Hrsg.), *Die Organisation in Supervision und Coaching. OSC Sonderheft 3/2009* (S. 41–63). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Combe, A., & Helsper, W. (1996). Einleitung: Pädagogische Professionalität. Historische Hypothesen und aktuelle Entwicklungstendenzen. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (S. 9–48). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Cunningham, I., Dawes, G., & Bennett, B. (Hrsg.). (2004). *The handbook of work based learning*. Aldershot: Gower.
- Dick, M. (2008). Reflexive professionelle Entwicklung im Jugendstrafrecht: theoretische Herleitung und praktische Bedeutung eines neuen Fortbildungskonzepts. In DVJJ e.V. (Hrsg.), *Fördern – Fordern – Fallenlassen. Aktuelle Entwicklungen im Umfang mit Jugenddelinquenz. Dokumentation des 27. Deutscher Jugendgerichtstages vom 15. – 18.09.07 in Freiburg* (S. 145–173). Bad Godesberg: Forum Verlag.
- Dick, M. (2010). Ungenutzte Potenziale: Weiterbildung an Hochschulen als Transformation zwischen Wissenschaft und Praxis. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 30(1), 13–27.
- Dick, M., Schwagierek, R., & Walther, W. (2007). Wissen aus Erfahrung: Der Masterstudiengang „Integrated Practice in Dentistry“ als Kooperation zwischen Bildungswissenschaft und Zahnmedizin. In J. Klaus & H. Vogt (Hrsg.), *Wissensmanagement und wissenschaftliche Weiterbildung. Dokumentation der DGWF-Jahrestagung vom 13. bis 15.09.2006 in Karlsruhe* (S. 33–50). Hamburg: DGWF e.V.
- Ehresmann, E., & Schröder, J. (2006). Zahngesundheit und Behandlungsbedarf in Abhängigkeit zur sozioökonomischen Patientenstruktur und subjektiven Faktoren: eine Untersuchung in einer städtisch und in einer ländlich geprägten Zahnarztpraxis. Masterarbeit im Studiengang Integrated Practice in Dentistry, Magdeburg, Karlsruhe.
- Ekarth, H. (2003). Das Sicherheitshandeln freiberuflicher Tragwerksplaner: Zur arbeitsfunktionalen Bedeutung professioneller Selbstverantwortung. In H. Mieg & M. Pfadenhauer (Hrsg.), *Professionelle Leistung – Professional Performance. Positionen der Professionssoziologie* (S. 167–193). Konstanz: UVK.
- Franz, H.-W., & Kopp, R. (2003). *Kollegiale Fallberatung. State of the art und organisationale Praxis*. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie EHP.
- Gold, J., Thorpe, R., Woodall, J., & Sadler-Smith, E. (2007). Continuing professional development in the legal profession. A practice-based learning perspective. *Management Learning*, 38(2), 235–250.
- Hartz, S., & Meisel, K. (2004). *Qualitätsmanagement. Studentexte für Erwachsenenbildung*. Bielefeld: Bertelsmann.
- Heiner, M. (1988). *Selbstevaluation in der sozialen Arbeit*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Helsper, W. (2004). Antinomien, Widersprüche, Paradoxien: Lehrerarbeit – ein unmögliches Geschäft? In B. Koch-Priewe, F. Kolbe, & J. Wildt (Hrsg.), *Grundlagenforschung und mikrodidaktische Reformansätze zur Lehrerbildung* (S. 49–99). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Hendriksen, J. (2000). *Intervisio. Kollegiale Beratung in Sozialer Arbeit und Schule*. Weinheim: Beltz.
- Herrmann, M., Lichte, T., Gulich, M., Wächter, H., & Donner-Banzhoff, N. (2003). Akademische Professionalisierung (in) der Allgemeinmedizin. Erfahrungen, Bewertungen, Ausblick. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 79(12), 609–612.
- Herwig-Lempp, J. (2004). *Ressourcenorientierte Teamarbeit: Systemische Praxis der kollegialen Beratung. Ein Lern- und Übungsbuch*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Hinz, O. (2008). Diesseits von Coaching und Mentoring: Kollegiale Praxisberatung. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 15(1), 69–78.
- Kirkwood, M., & Christie, D. (2006). The role of teacher research in continuing professional development. *British Journal of Educational Studies*, 54(4), 429–448.
- Kühl, S. (2008). Die Professionalisierung der Professionalisierer? Das Scharlatanerieproblem im Coaching und der Supervision und die Konflikte um die Professionsbildung. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 15(3), 260–294.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch* (Bd. 2). Weinheim: Beltz.
- Lippmann, E. (2004). *Intervision. Kollegiales Coaching professionell gestalten*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Mai, M. (2008). Der Beitrag von Professionen zur politischen Steuerung und Governance. *Sozialer Fortschritt*, 57(1), 14–18.
- Mieg, H. (2003). Problematik und Probleme der Professionsoziologie. In H. Mieg & M. Pfadenhauer (Hrsg.), *Professionelle Leistung – Professional Performance. Positionen der Professionssoziologie*. Konstanz: UVK, 11–46.
- Mieg, H. (2005). Professionalisierung. In F. Rauner (Hrsg.), *Handbuch Berufsbildungsforschung*. Bielefeld: Bertelsmann, 342–349.
- Nadj-Papp, E. (2006). *Veränderung der Praxisroutine durch ein Training und Einführung des klinischen Pfades im Bereich Parodontologie. Einführung von Teilaspekten eines Qualitätsmanagementsystems*. Masterarbeit im Studiengang Integrated Practice in Dentistry. Magdeburg, Karlsruhe.
- Nittel, D. (2000). *Von der Mission zur Profession? Stand und Perspektiven der Verberuflichung in der Erwachsenenbildung*. Bielefeld: Bertelsmann.
- Peters, R. (2005). Jongleure ohne Profession? Zur Professionalität in der Erwachsenenbildung. *Erwachsenenbildung*, 51(2), 62–67.
- Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (S. 70–182). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Oevermann, U. (2003). Kodifiziertes methodisiertes Wissen und persönliche Erfahrung in der professionalisierten Praxis stellvertretender Krisenbewältigung. In J. Fried & T. Kailer (Hrsg.), *Wissenskulturen. Beiträge zu einem forschungsstrategischen Konzept* (S. 195–210). Berlin: Akademie Verlag.
- Renkl, A. (1996). Träges Wissen: Wenn Erlerntes nicht genutzt wird. *Psychologische Rundschau*, 47, 78–92.
- Schlee, J. (2004). *Kollegiale Beratung und Supervision für pädagogische Berufe. Hilfe zur Selbsthilfe. Ein Arbeitsbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Schütze, F. (1996). Organisationszwänge und hoheitsstaatliche Rahmenbedingungen im Sozialwesen: Ihre Auswirkungen auf die Paradoxien des professionellen Handelns. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (S. 183–275). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Starke, I., & Wade, W. (2005). Continuing professional development – supporting the delivery of quality healthcare. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 34(11), 714–719.
- Stichweh, R. (1996). Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (S. 49–69). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Tietze, K. (2003). *Kollegiale Beratung: Problemlösungen gemeinsam entwickeln*. Reinbek: Rowohlt.
- Tietze, K. (2010). *Wirkprozesse und personenbezogene Wirkungen von kollegialer Beratung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- Thomas, D., Johnston, B., Dunn, K., Sullivan, G., Brett, B., Matzko, M., & Levine, S. (2006). Continuing medical education, continuing professional development, and knowledge translation: Improving care of older patients by practicing physicians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(10), 1610–1618.
- UEMS – European Union of Medical Specialists (1994). Charter on continuing medical education of medical specialists in the European Union. <http://www.uems.net/>. Zugegriffen: 13. März 2007.
- UEMS – European Union of Medical Specialists. (2001). Basel declaration – UEMS policy on continuing professional development. <http://www.uems.net/>. Zugegriffen: 13. März 2007.
- Waibel, M. C., & Endres, E. (1999). Kooperatives Wissensmanagement. Wissenstransfer zwischen sozialen Einrichtungen und Wirtschaftsunternehmen durch wechselseitige Hospitationen. *Harburger Beiträge zur Psychologie und Soziologie der Arbeit*, 17, 3–22. (C. Kumbruck & M. Dick (Hrsg.)).
- Walther, W., & Dick, M. (2007). Continuing professional development (CPD). Strategie für lebenslanges Lernen. *ZM – Zahnärztliche Mitteilungen*, 97(16), 74–78.



**Prof. Dr. Michael Dick**, Dipl.-Psych., Hochschule für Angewandte Psychologie, FH Nordwestschweiz, Olten. Promotion 2001 Hamburg-Harburg, Habilitation für das Lehrgebiet Organisationsentwicklung und Weiterbildung 2009 Magdeburg. Forschungsschwerpunkte: Lernen im Arbeitsprozess, Reflexive Professionelle Entwicklung, Transformation von Wissen und Erfahrung, Organisationales Lernen, Qualitative Forschungsmethoden. Aufbau, Leitung und Referent in mehreren berufsbegleitenden Masterstudiengängen.



**Franziska Wasian**, M.A. Pädagogik/Soziologie, 2009, Otto-von-Guericke Universität Magdeburg, forscht zum Thema Qualitätsentwicklung, kollegiale Beratung und Visitation in der Zahnmedizin und ist Journalistin.